

СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА

24. Hsu, C. P.; Chang, C. W.; Huang, H. C.; Chiang, C. Y., 2011. The relationships among social capital, organizational commitment and customer-oriented prosocial behaviour of hospital nurses. *Journal of clinical nursing* 2011, 20, 1383-92.
25. Gloede, T. D.; Hammer, A.; Ommen, O.; Ernstmann, N.; Pfaff, H., 2012. Is social capital as perceived by the medical director associated with coordination among hospital staff? A nationwide survey in German hospitals. *Journal of interprofessional care*.
26. Cunningham, F. C.; Ranmuthugala, G.; Plumb, J.; Georgiou, A.; Westbrook, J. I.; Braithwaite, J., 2012. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ quality & safety*. 2012, 21, 239-49.
27. Brunetto, Y.; Farr-Wharton, R.; Shacklock, K., 2011. The impact of supervisorsubordinate relationships on nurses' ability to solve workplace problems: implications for their commitment to the organization. *Advances in health care management* 2011, 10, 215- 37.
28. Mascia, D.; Cicchetti, A.p 2011. Physician social capital and the reported adoption of evidence-based medicine: exploring the role of structural holes. *Social science & medicine* (1982) 2011, 72, 798-805.
29. Safran, D. G.; Miller, W.; Beckman, H., 2006. Organizational dimensions of relationship-centered care: theory, evidence, and practice. *Journal of general internal medicine* 2006, 21 Suppl 1, S9-15.
30. Cohen, D.; Prusak, L., 2011. In *Good Company: How Social Capital Makes Organizations Work*; Harvard Business Press.
31. Nahapiet, J.; Ghoshal, S.p 1998. Social Capital, Intellectual Capital, and the Organizational Advantage. *The Academy of Management Review* 1998, Vol. 23, pp. 242-266.
32. Strömberg, M.; Eriksson, A.; Bergman, D.; Dellve, L., 2016. Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements, *International Journal of Nursing Studies*, v. 53, Jan 2016, 116-125
33. Wilkinson, R., 1996. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
34. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham UG., 2006. Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *Int J Equity Health*. 2006; 5: 3.
35. Campbell, C., Wood, R. and Kelly, M., 1999. *Social capital and health*. Health Education Authority, London, UK.
36. Derose, K., Varda, D., 2009. Social Capital and Health Care Access, *A Systematic Review*, *Med Care Research and Review*, v. 66: 3, 272-306.
37. Norrish, A., Biller-Andorno, N., Ryan, P., Lee, T.H., 2013. Social Capital Is as Important as Financial Capital in Health Care, *Harvard Business Review*, Nov. 2013

Автор

Д-р Десислава Ванкова, дм, МУ-Варна, Факултет по обществено здраве, Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, e-mail: Desislava.Vankova@mu-varna.bg

РАЗЛИЧИЯ И НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВЕТО ПРИ ЛИЦАТА СЪС И ЛИЦАТА БЕЗ УВРЕЖДАНЯ

Б. Ивков

DIFFERENCES AND HEALTH INEQUALITIES IN THE PERSONS WITH AND PERSONS WITHOUT DISABILITY

B. Ivkov

Резюме. На основата на данните, получени от проведеното социално изследване „Неравенства в здравето“, са анализирани и оценени неравенствата в здравето между две основни социални категории: лица със и лица без увреждания. Тези различия са разглеждани в две социални плоскости: неравенства в шансовете и възможностите от една страна и неравенства в статусните позиции, от друга страна. Установено е, че наличието на увреждания е в основата на сериозни различия, преминаващи в социални неравенства в контекста на образованието, заетостта и особено на доходите на лицата със и без увреждания. Тези различия и неравенства ясно са очертани в техните социално-демографски и статусни профили. Важен резултат е констатирания феномен, че уврежданията сами по себе си са един от основните фактори, поразяващи и поддържащи социалните неравенства в здравето. Причините за това се откриват в съвместното и взаимно засилващо се влияние на система от фактори, като по-висока възраст на хората с увреждания, по-ниски доходи, вид и тежест на уврежданията, по-нисък социален статус и позиции, наличие на социални и символни бариери и др.

Summary. Based on the data obtained from the performed social study “Health inequalities”, inequalities between two main social categories: persons with and without disabilities have been analyzed and assessed. These differences are studied in two social areas: inequalities in chances and opportunities on the one hand and inequalities in status positions on the other. It has been found that the existence of disabilities is at the root of the serious differences that become social inequalities in the context of education, employment, and especially in the income of persons with and persons without disabilities. These differences and inequalities are outlined in their socio-demographic and status profiles. An important result is the finding that the disability are in theirself one of the main factors creating and sustaining social inequalities in health. The reasons for this are found in the combined and mutually reinforcing influence of system d severity of the disabilities, the lower social status and positions, the existence of social and symbolic barriers, etc.

Въведение

Здравето, наличието на хронични заболявания и на увреждания обикновено се определят като хоризонтални или естествени неравенства (различия), които обаче, поставени в общия социален контекст и в контекста на статусните – и най-вече доходните – различия, се превръщат в неравенства.

Известно е, че в социологията се прави разлика между *неравенства в шансовете* и *неравенства във фактическите статусови равнища*. От гледна точка на приетите в рамките на проекта¹ дефиниции на понятията „социално неравенство“² и „неравенство в здравето“ това означава неравни шансове за по-добро здраве за лицата с увреждания и неравни статусни позиции в сравнение с

¹ Става дума за проекта „Здраве, качество на живота, неравенства“, финансиран от ДФ „Научни изследвания“.

² Екипът прие като работна дефиниция на понятието „социални неравенства“ дефиницията на проф. Н. Тилкиджиев, според която те представляват „неравнопоставеност между отделните индивиди и между групите по един или няколко социално значими признаци“ [Тилкиджиев 2002].

лицата без увреждания. Под „неравенства в здравето“ разбираме следното: „Здравните неравенства между индивидите и между групите в обществото по същество представляват частен случай на социалното неравенство. От своя страна, обаче, те самите притежават свойството да формират социално-икономически неравенства посредством влиянието им върху възможностите на индивидите и групите да заемат определени позиции в социалната структура и да участват в разпределението на властовите и материалните ресурси“ [1: с. 55-56].

В същото време ние се придържаме към прието от СЗО становище, че „неравенствата отразяват ненужните и възможни да се избегнат разлики в здравето, които са смятани за несправедливост. Намалването на разликите в здравните състояния представлява етичен императив, приеман от мнозинството съвременни общества“ [4].

На основата на данните, получени от проведеното изследване, анализиране и оценяване неравенствата в здравето между двете основни социални категории – лица със и лица без увреждания. Тези различия ще бъдат разгледани в две социални плоскости: неравенства в шансовете и възможностите, от една страна, и неравенства в статусните позиции – от друга.

Цел на изследването

Анализ и оценка на неравенствата в здравето между двете основни социални категории – лица със и лица без увреждания.

Обект на изследване

Обект на изследване е пълнолетното население на страната. При формирането на извадката е използван моделът на двустепенната гнездова извадка. Тя е проектирана и реализирана като национална представителна за населението в страната. Броят на лицата в нея е 2340 лица, избрани от 180 гнезда [2].

Методи

Регистрацията на информацията при изследването е изпълнена съгласно изискванията на метода „интервю лице в лице“ със специално разработен за целта въпросник.

Резултати

Всеки десети гражданин на страната е човек с увреждане. От тях една четвърт (24.5%) са хора с най-тежките увреждания – над 90% трайно намалена работоспособност (тр.н.р.).

Социално-икономическият профил и тенденции в актуалното състояние на лицата с увреждания и на тези без, най-обобщено могат да бъдат представени, както в Таблица 1.

Здравен статус. Един от показателите за здравния статус и по-специално за различията в него, е наличието на различни по вид здравни проблеми (Таблица 2).

Най-често срещаният здравен проблем е високото кръвно налягане. Той се среща 2.3 пъти по-често при лицата с увреждания. На второ място са болките в гърба. При лицата с увреждания те са 1.8 пъти по-често срещани. Третият по честота здравен проблем – болките в краката, който води до ограничения на пространствената мобилност, се среща 3 пъти по-често сред лицата с увреждания. Сърдечно-съдовите проблеми заемат четвърто място. Те са 4.1 пъти по-често срещани сред лицата с увреждания.

С нарастване на броя на здравните проблеми очаквано нараства и относителният дял на лицата с увреждания (Фигура 1).

Таблица 1. Социално икономически профил и тенденции

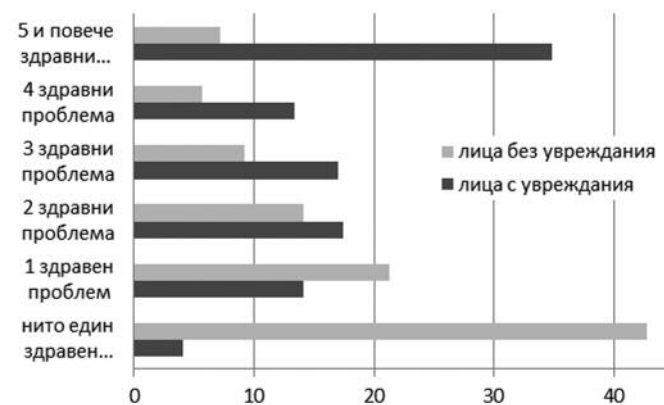
| Показатели | Лица с увреждания | Лица без увреждания |
|------------------------------|---|--|
| Възраст | Предимно предпенсионна (39%) и пенсионна възраст (49.4%) | Предимно трудоспособна възраст (78.7%) |
| Пол | Лек превес на жените (52.1%) | Лек превес на жените (51.2%) |
| Образование | Предимно средно (56%), основно и по-ниско (28.2%) | Предимно средно (54.9%) и висше (25%) |
| Местожиене | Предимно малки градове и села (51.5%) | Предимно големи (51.8) и малки градове (21.1%) |
| Брой членове в домакинството | Предимно едночленни и двучленни (66.8%) | Предимно 3 и повече членове (52.4%) |
| Заетост | Предимно икономически неактивни (81.3) | Предимно икономически активни (67.4%) |
| Доходи | <ul style="list-style-type: none"> до 200 лв. – 33.4% 201-600 лв. – 59.5% над 600 лв. – 7.1% | <ul style="list-style-type: none"> до 200 лв. – 21.4% 201-600 лв. – 64.9% над 600 лв. – 13.7% |

Таблица 2. Наличие на здравни проблеми (%)

| Здравен проблем | Лица с увреждания | Лица без увреждания | Всичко |
|--|-------------------|---------------------|--------|
| Сърдечно-съдови проблеми (неприятни усещания, тежест, сърцебиене и др.п.) | 60.6 | 14.7 | 19.5 |
| Високо кръвно налягане | 64.7 | 28.4 | 32.3 |
| Дихателни проблеми астма, хрипове, задух, постоянна кашлица и др.) | 21.2 | 7.9 | 9.3 |
| Алергии | 11.2 | 5.2 | 5.8 |
| Болки в гърба, включително в кръста | 40.2 | 22.8 | 24.6 |
| Мускулно-скелетни болки в ръцете | 27.4 | 11.7 | 13.3 |
| Мускулно-скелетни болки в краката | 52.3 | 17.7 | 21.3 |
| Проблеми, свързани със стомаха и храносмилането | 19.5 | 9.3 | 10.4 |
| Проблеми, свързани със състоянието на кожата (дерматити, екзема и др.п.) | 6.2 | 3.6 | 3.8 |
| Силно главоболие, но не мигрена | 12.9 | 9.2 | 9.6 |
| Диабет | 27.4 | 4.4 | 6.8 |
| Проблеми с ендокринни жлези (щитовидна жлеза, хипофиза и др.) | 10.0 | 4.3 | 4.8 |
| Счупвания от минимална травма след 30 г. – падане от собствен ръст (напр. спъване) | 6.6 | 2.5 | 2.9 |
| Няма нищо от изброените по-горе проблеми | 4.1 | 42.7 | 38.6 |

Бележка: Сборът от процентите надхвърля 100%, защото респондентите са давали повече от един отговор.

Фигура 1. Брой здравни проблеми



Макар и очаквани, различията в здравния статус на двете социални категории са твърде големи. При лицата без увреждания 10.4 пъти по-често отсъстват здравни проблеми. От друга страна последните почти 5 пъти по-често имат 5 и повече здравни проблема. Обезпокоителен е фактът, че всеки пети човек без правния статус лице с увреждане има 3 и повече здравни проблема. Причините за това могат да се търсят в начина и условията на живот в страната – високи нива на бедност, ниски доходи, повишени нива на несигурност и неопределеност (рискове) и др., поддържащи високи нива на стрес. Това, от своя страна, води до поява и развитие на здравни проблеми. Не по-малка е и ролята на застаряването на населението.

Силата и тежестта на здравните проблеми довеждат до ограничения в ежедневието (Таблица 3).

Таблица 3. Ограничения в ежедневието в резултат на наличие на здравни проблеми (%)

| Ограничения в ежедневието в резултат на посочените по-долу здравни проблеми | Лица с увреждания | | | Лица без увреждания |
|--|-------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| | над 90% тр.н.р. | 70%-90% тр.н.р. | 50%-70% тр.н.р. | |
| Сърдечно-съдови проблеми (неприятни усещания, тежест, сърцебиене и др.п.) | 38.1 | 51.2 | 48.0 | 10.4 |
| Високо кръвно налягане 41.4 | 41.4 | 44.3 | 49.3 | 18.0 |
| Дихателни проблеми астма, хрипове, задух, постоянна кашлица и др.) | 16.4 | 17.6 | 16.3 | 5.3 |
| Алергии | 8.5 | 5.1 | 4.5 | 2.9 |
| Болки в гърба, включително в кръста | 31.3 | 37.2 | 26.1 | 16.5 |
| Мускулно-скелетни болки в ръцете | 23.8 | 16.6 | 17.6 | 7.8 |
| Мускулно-скелетни болки в краката | 43.6 | 41.3 | 36.4 | 12.8 |
| Проблеми, свързани със стомаха и храносмилането | 11.7 | 20.3 | 12.8 | 4.8 |
| Проблеми, свързани със състоянието на кожата (дерматити, екзема и др.п.) | 6.2 | 1.3 | 1.4 | 1.1 |
| Силно главоболие, но не мигрена | 5.7 | 6.6 | 11.1 | 5.4 |
| Диабет | 15.8 | 15.6 | 13.9 | 2.9 |
| Проблеми с ендокринни жлези (щитовидна жлеза, хипофиза и др.) | 4.8 | 3.8 | 5.9 | 2.1 |
| Счупвания от минимална травма след 30 г. – падане от собствен ръст (напр. спъване) | 6.8 | 4.7 | 2.1 | 1.1 |
| Няма нищо от изброените по-горе проблеми | 15.4 | 11.8 | 15.6 | 56.1 |

Бележка: Сборът от процентите надхвърля 100%, защото респондентите са посочвали повече от един отговор.

В основата на възприетия от ООН, СЗО и Евростат подход за определяне на статута „лица с увреждания“ стоят ограниченията в извършване на ежедневните дейности и изпълнението на присъщите за човека социални роли. От тази гледна точка, хората с различна тежест на увреждания са 48.3%. На пръв поглед подобен относителен дял изглежда твърде висок, дори страшен. Но ако се постави в контекста на болестността, декларираните здравни проблеми, остаряването на населението на страната, бедността, огромните социални неравенства и др., той изглежда очакван и естествен. Тук не става дума за пряко обвързване на наличие на увреждане със социални придобивки и облекчения. Става дума за реалната ситуация. Именно този висок относителен дял на лицата, изпитващи ограничения в ежедневието си, е предпоставка и за появата и съществуването на големи социални неравенства в здравето.

Лицата с увреждания имат 2.5 пъти по-често установени от лекар заболявания, като най-висок е този относителен дял при тези с над 90% тр.н.р. (Таблица 4)

Таблица 4. Заболявания, установени от лекар през последните 12 месеца (%)

| Заболяване | Лица с увреждания | | | Лица без увреждания | Всичко |
|---|-------------------|-----------------|-----------------|---------------------|--------|
| | над 90% тр.н.р. | 70%-90% тр.н.р. | 50%-70% тр.н.р. | | |
| Болести на органите на кръвообращението | | | | | |
| Хипертония | 52.4 | 61.0 | 56.7 | 23.2 | 26.7 |
| Исхемична болест на сърцето | 28.6 | 39.3 | 35.0 | 5.3 | 8.4 |
| Проводни нарушения, аритмия | 17.0 | 24.7 | 16.4 | 3.6 | 5.2 |
| Сърдечна недостатъчност | 12.4 | 16.0 | 15.8 | 2.5 | 3.8 |
| Мозъчносъдови болести | 18.4 | 11.1 | 10.7 | 1.0 | 2.4 |
| Болести на дихателната система | | | | | |
| Хроничен бронхит, ХОББ, бронхиектатична болест | 6.3 | 11.9 | 7.4 | 2.6 | 3.2 |
| Астма | 0.0 | 7.6 | 9.0 | 2.0 | 2.5 |
| Туберкулоза | - | - | - | - | - |
| Болести на храносмилателната система | | | | | |
| Гастрит, язва на стомаха и/или дванадесетопръстника | 8.8 | 13.5 | 18.4 | 6.1 | 7.0 |
| Хепатит (жълтеница), цироза на черния дроб | 0.0 | 1.8 | 0.0 | 0.2 | 0.3 |
| Болести на жлъчния мехур, жлъчните пътища и/или възпаление на задстомашната жлеза | 3.2 | 3.3 | 3.1 | 1.6 | 1.8 |
| Болести на пикочно-половата система | | | | | |
| Пиелонефрит | 0.0 | 8.0 | 2.4 | 1.0 | 1.3 |
| Бъбречна недостатъчност | 8.4 | 3.4 | 6.9 | 0.6 | 1.2 |
| Бъбречно-каменна болест | 3.9 | 2.9 | 3.0 | 2.0 | 2.1 |
| Хиперплазия на простатата | 3.3 | 3.5 | 4.1 | 1.8 | 2.0 |
| Злокачествени новообразувания | | | | | |
| Злокачествени новообразувания с каквото и да е местоположение | 12.6 | 6.4 | 6.8 | 1.0 | 1.7 |
| Болести на ендокринната система | | | | | |
| Захарен диабет | 19.9 | 30.3 | 29.5 | 4.5 | 6.9 |
| Болести на щитовидната жлеза | 5.8 | 10.9 | 11.2 | 3.4 | 4.1 |
| Нарушения в липидната обмяна | 5.4 | 4.2 | 4.0 | 0.9 | 1.3 |
| Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан | | | | | |
| Артрози | 30.9 | 32.2 | 22.7 | 7.5 | 9.7 |
| Ревматологични заболявания | 13.6 | 26.0 | 17.7 | 9.9 | 11.0 |
| Остеопороза | 12.0 | 18.2 | 13.8 | 3.2 | 4.4 |
| Няма нито едно от всички изброени по-горе заболявания | 9.7 | 4.1 | 7.3 | 50.1 | 45.5 |

Бележки: 1. В таблицата са включени само най-често срещаните заболявания в различни класове болести. 2. Сборът от процентите надхвърля 100%, защото респондентите са давали повече от един отговор. Една значителна част от тях имат повече от едно заболяване.

Различията в индекса на телесна маса не са така категорични, както при другите показатели за здравето на двете социални категории (Таблица 5).

Таблица 5. Индекс на телесната маса (ИТМ) (%)

| ИТМ | Лица с увреждания | Лица без увреждания |
|------------------|-------------------|---------------------|
| Поднормено тегло | 2.1 | 3.0 |
| Нормално тегло | 31.0 | 43.4 |
| Наднормено тегло | 35.1 | 36.0 |
| Затлъстяване | 31.8 | 17.6 |

Лицата с увреждания 1.8 пъти по-често страдат от затлъстяване, което е в основата на редица социално-значими заболявания. Твърде вероятно е при част от лицата с увреждания наднорменото тегло и затлъстяването да са резултат и от основното инвалидизиращо заболяване и/или състояние. В случая роля има нездравословното хранене и качеството на приеманата храна. Съществено значение в комплекса от причини, водещи до наднормено тегло и затлъстяване, играят и обездвижването и на практика отсъстващото занимание със спорт – 84.9% от лицата с увреждания и 59.4% от тези без увреждания не се занимават със спортна дейност. Това много често е свързано с ниски доходи, силно редуцирана пространствена, функционална и социална мобилност, живот в условия на високи нива на несигурност и неопределеност и др. Като цяло силно притеснителен е фактът, че над една трета от всички респонденти са с наднормено тегло, а почти всеки пети е със затлъстяване.

Достъп до медицински услуги. Философията на започнатата преди почти 20 години здравна реформа на практика доведе до ограничаване на достъпа до медицински услуги преди всичко поради „включването“ на финансовите възможности на домакинствата в реализацията на този достъп. Между 1.5 и 2.5 пъти по-често лицата с увреждания са се обръщали за консултация към медицински специалисти (Таблица 6). Лицата без увреждания не са търсили помощ от медицински лица 9.2 пъти по-често. Необходимостта от значително по-чести контакти с медицински специалисти, съответно и изследвания, означава и по-големи разходи за лицата с увреждания на фона на относително по-ниски доходи. Тази ситуация задълбочава социалните неравенства в здравето.

Таблица 6. Посещение при медицински специалисти за консултация през последните 12 месеца (%)

| Посещения при медицински лица за консултация | Лица с увреждания | Лица без увреждания |
|--|-------------------|---------------------|
| Общопрактикуващ лекар | 92.5 | 63.5 |
| Лекар-специалист | 75.9 | 30.6 |
| Нито един от посочените | 1.7 | 5.4 |
| Не е търсил консултация при медицинско лице | 2.9 | 26.8 |

Таблица 7. Отсъствие на възможности за получаване на необходима лекарска консултация или лечение през последните 12 месеца (%)

| | Лица с увреждания | Лица без увреждания |
|------------------|-------------------|---------------------|
| Да | 17.8 | 8.9 |
| Не | 78.0 | 65.1 |
| Не е имало нужда | 4.2 | 26.0 |

Почти всеки пети респондент с увреждане и почти всеки десети без увреждане не са получили необходимите им консултации или лечение (Таблица 7). И тук 2 пъти по-често лицата с увреждания са поставени в по-неизгодна ситуация.

Причините, поради които не са получени медицински консултации и лечение, са представени в Таблица 8.

Липсата на пари, на медицински направления и на лекари специалисти в близост до местоживеенето на респондентите са трите най-често срещани причини за неосъществени необходими консултации и лечение. Те отразяват сериозните проблеми, свързани с бедността, от една страна, както и с организацията и финансирането на здравеопазването, от друга страна. Липсата на пари се оказва непреодолима бариера пред достъпа до медицински консултации и лечение за почти половината от лицата с

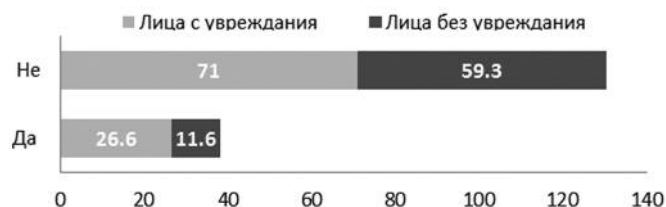
Таблица 8. Причини, поради които не са получени необходимите лекарска консултация или лечение (%)

| Причини | Лица с увреждания | Лица без увреждания |
|---|-------------------|---------------------|
| Нямах пари | 45.2 | 38.1 |
| Поради характера на работното ми време | 4.8 | 6.3 |
| Поради други ангажменти (вкл. семейни) | 2.4 | 7.8 |
| Поради липса на подобен специалист в мястото, в което живея или наблизо | 14.3 | 20.9 |
| Листата на чакащите е много дълга | 9.5 | 9.4 |
| Не получих направление | 38.1 | 24.8 |
| Друго | 7.1 | 10.1 |

Бележка: Сборът от процентите надхвърля 100% поради това, че респондентите са посочвали всеки верен отговор.

увреждания и за малко над една трета от лицата без увреждания. Това са хора, които попадат в най-нискодоходните групи, за които заплащането от джоба, например на една консултация със специалист (между 50 лв. и 100 лв.), се оказва невъзможен разход, независимо от изпитваните от тях здравни проблеми. Липсата на пари е и бариерата, която не позволява на много респонденти да потърсят медицинска консултация в по-отдалечено населено място. Всички тези причини могат да се разглеждат като несправедливи и това по-често засяга хората с увреждания.

Фигура 2. Случаи да не се закупят лекарства, предписани от лекар (%)



По-тежка е ситуацията с отказите да се закупят предписани от лекар лекарства. Лицата с увреждания 2,3 пъти по-често са били принудени да се откажат от закупуването на лекарства, предписани им от лекар (Таблица 9).

Таблица 9. Причини, поради които не са закупени лекарства, предписани от лекар (%)

| Причини | Лица с увреждания | Лица без увреждания |
|---|-------------------|---------------------|
| Нямах пари | 84.4 | 59.4 |
| Поради служебна натовареност | - | 1.3 |
| Нямах време поради други причини (вкл. семейни) | - | 3.9 |
| Поради липса на аптека в мястото, където живея | 4.7 | 8.3 |
| Предписаните ми лекарства са твърде скъпи | 23.4 | 23.3 |
| Липса на лекарствата в аптеките | - | 2.6 |
| Друго | 4.7 | 16.0 |

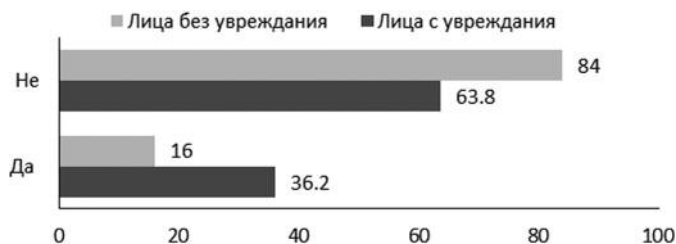
Бележка: Сборът от процентите надхвърля 100% поради това, че респондентите са посочвали всеки верен отговор.

И в случая липсата на средства е водеща причина за отказа. Недостатъчните доходи превръщат цените на много лекарства във „високи“, „невъзможни“ и др., а друга част наистина са с високи цени, което силно затруднява или прави достъпа до тях невъзможен. Това определено е несправедливост, пораждаща социални неравенства в здравето.

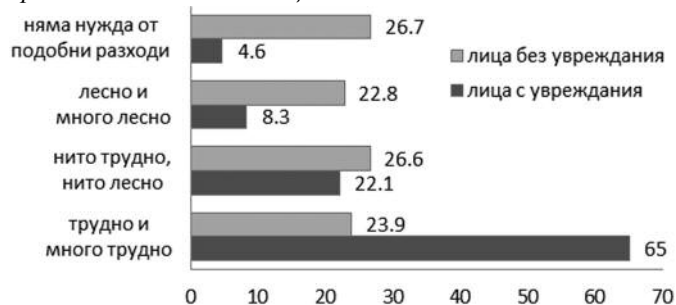
Липсата на финансови средства е в основата на ограниченията в разходите за здраве и в двете сравнявани

социални категории, което е показател за съществуването на сериозни социални неравенства в здравето. Лицата с увреждания правят 2.3 пъти (Фигура 3) по-често ограничения в разходите си за здраве в сравнение с лицата без увреждания.

Фигура 3. Ограничения в разходите за здраве (в %)



Фигура 4. Възможности за справяне с разходите за здраве през последните 12 месеца



Различията във възможностите за справяне с разходите за здраве могат да бъдат обяснени както с по-лошото здравословно състояние на лицата с увреждания, така и с по-ниските доходи, които получават на фона на по-големите им здравни потребности. Тези социални неравенства в здравето намират отражение и във факта, че 5.8 пъти по-рядко при лицата с увреждания са отсъствали такива потребности в сравнение с лицата без увреждания.

Обсъждане

В България не се събират статистически данни, нито се провеждат системни изследвания, свързани със социалните неравенства в здравето, продуцирани както от социалните позиции на индивидите и социалните групи, така и от самата система на здравеопазване. Нещо повече, създава се впечатление, че проблематиката, свързана със социалните неравенства в здравето се държи, съзнателно или не, извън ползването на общественото мнение и публичната политика. Подобно и на други страни от Централна и Източна Европа (напр. Полша) рутинните статистически данни за средната продължителност на живота, заболяемостта и болестността, за смъртността и детската смъртност, за преждевременната смъртност, използвани за оценка на здравното състояние на отделни популации и социални категории, се набират на основата на полово, възрастово, териториално и в някои случаи по класове болести разделение. Официалната статистика не навлиза в дълбочина при представяне на реалните социално-икономически причини и последиците от тяхното политическо игнориране.

Данните от настоящето изследване предоставят богата информация за социалните неравенства в здравето в зависимост от социалния статус на респондентите с увреждания и тези без увреждания. Мнозинството от хората с увреждания най-често са представители на най-ниските социални слоеве. Регистрираният социално-демографски, икономически и здравен статус на двете сравнявани со-

циални категории показва сериозни различия, което е предпоставка за наличието на големи социални неравенства в здравето.

Здравето на лицата от двете сравнявани категории показва сериозни различия по отделните показатели. Например 1.8 пъти по-често болки в гърба имат хората с увреждания, а тази разлика достига до 4.1 пъти при изявата на сърдечно съдови проблеми при лицата с увреждания в сравнение с лицата без увреждания. Подобна е ситуацията и с броя на здравните проблеми. Лицата с увреждания имат 4.2 пъти по-често по 4 здравни проблема и 5.6 пъти по-често по 5 и повече здравни проблеми в сравнение с лицата без увреждания. Тези различия в здравето на лицата от двете категории е възможно да се приемат за очаквани и естествени. Но те всъщност в не малка степен са продуцирани и от определени социални фактори: по-ниско образование, по-ниски доходи и по-честа безработица сред хората с увреждания. Тук не на последно място влияние оказва и факторът местоживееене.

Наблюдават се и съществени разлики в самооценката на здравето на двете социални категории. Това най-вероятно е свързано с обективния им здравен статус. Ситуацията с психичното здраве не се различава съществено, но тук може да се търси и влиянието на перманентно присъстващия стрес и физическа болка.

Данните разкриват и сериозни неравенства между двете изследвани социални категории в достъпа и ползването на здравни услуги. Между 1.5 и 2.5 пъти по-често лицата с увреждания са се обръщали за консултация към медицински лица в сравнение с лицата без увреждания. Последните 9.2 пъти по-често не са търсили помощ от медицински лица. Причините за това са различни: като се започне от представения по-горе здравен статус и се стигне до твърде големите относителни дялове на лицата с ниски доходи сред двете социални категории, което е важна предпоставка за материална и здравна депривация. Ясно е очертана тенденцията: необходимост от значително по-чести контакти с медицински специалисти, а от тук и по-големи разходи за лицата с увреждания на фона на относително по-ниските им доходи. Тази ситуация задълбочава социалните неравенства в здравето.

Лицата с увреждания 2 пъти по-често не са получавали лекарски консултации или лечение. Основните причини за това са: липсата на пари, липсата на медицински направления и на лекари специалисти в близост до местоживееенето на респондентите.

Подобна е ситуацията и с отказа да се закупуват предписани от лекар лекарства – над една четвърт (26.6%) от лицата с увреждания, или 2.3 пъти по-често от лицата без увреждания (11.6%), са били принудени да се откажат от закупуването на лекарства, предписани им от лекар. Тук отново липсата на финансови средства е водещата причина. От своя страна редуцирането на предписаното лечение само по себе си става причина за прогресивно влошаване на здравния статус.

Именно липсата на пари е доминираща причина лицата с увреждания около два пъти по-често да спазват избирателно препоръките на лекар в процеса на своето лечение и поддържане на здравето.

Липсата на пари е основна причина и при двете социални категории да се правят икономии, или да няма възможност да се правят разходи за здраве. Лицата с увреждания 2.3 пъти по-често ограничават разходите си за здраве в сравнение с лицата без увреждане. Тази ситуация може да се приема като „огледален образ“ на драстичните подходи неравенства, които съществуват в съвременното българско общество.

В основата на социалните неравенства в здравето стои и друг фактор – необходимостта от полагане на грижи за член на домакинството. Колкото по-тежко е увреждането, толкова повече грижи и повече време е необходимо да се отделят за лицето. При домакинствата на лицата с увреждания тази необходимост се среща 2-3 пъти по-често в сравнение с домакинствата на лицата без увреждания.

Основни изводи

1. Наличието на увреждания е в основата на сериозни различия, преминаващи в социални неравенства в контекста на образованието, заетостта и особено на доходите на лицата със и без увреждания. Тези различия и неравенства ясно са очертани в техните социално-демографски и статусни профили. Между уврежданията и мнозинството от факторите, влияещи върху появата, развитието и трайното съществуване на „социалната роля“ на уврежданията като „социален продуцент“ на социални неравенства в здравето, се наблюдава статистически значима връзка.

2. Уврежданията предопределят по-ниско образователно равнище, значително по-ниска трудова заетост и доходи. В съвкупност тези фактори оформят значими неравенства в здравето и в достъпа до здравни услуги.

3. Тези общи констатации за двете социални категории са показател и за отсъствието на адекватни и ефективни публични политики в сферата на инвалидността, образованието, заетостта, доходите и смекчаването на социалните неравенства в обществото, в т.ч. и неравенствата в здравето.

4. Данните от изследването потвърждават наличието и в България на тенденцията, установена в много други страни и изследвания, а именно: като попадат и/или изпадат в резултат на уврежданията в най-ниските слоеве на обществото, мнозинството от хората с увреждания имат по-лош здравен статус.

5. Една не малка част от различията в здравните профили на социалната категория „лица с увреждания“ и на социалната категория „лица без увреждания“ не могат да се обяснят само с биологически различия и, следователно, могат да бъдат отстранени. Хората с увреждания (80% от тях попадат в най-нискодоходните групи), поради недостиг на ресурси имат по-малки възможности за избор: те са по-необразовани, по-често не работят, по-често са подложени на материална депривация и др. Веднъж възникнала, инвалидността се оказва в основата на процесите на обедняване, маргинализация, социално изключване на мнозинството от представителите на тази социална категория. Това от своя страна задълбочава влошаването на здравето и повишава социалните неравенства в него, което е несправедливо.

Всъщност тук има манифестация на съвместна концентрация на фактори и взаимно засилване на негативното им влияние – например двустранната връзка между увреждания и бедност. Това превръща социалната категория „лица с увреждания“ в категория със значително по-лошо здраве.

6. Може да се каже, че по-голямата част от хората с уврежданият страдат от процеса на несправедливост, поради обстоятелства, които са извън тяхната власт да ги променят. Те понасят по-тежко бремето от тяхното влошено здраве. Наличието на различни и повсеместни социални бариери, на социални неравенства в здравето, влошаването на техния здравен статус влияят върху още по-голямото снижаване на възможностите им да се трудят и да заработват достатъчно доход, за да живеят по-добре. В тази посока „работят“ много често публичните и социалните политики или безотговорното отношение на политиките, които формират и реализират тези политики. Това от своя страна означава, че лицата с увреждания ще продължават да живеят в условия, които все по-често и в по-голяма степен ще оказват отрицателно влияние върху здравето им.

7. Може да се приеме, че уврежданията сами по себе си са един от основните фактори, пораждащи и поддържащи социалните неравенства в здравето. Причините за това се откриват в съвместното и взаимно засилващо се влияние на система от фактори, като по-висока възраст на хората с увреждания, по-ниски доходи, вид и тежест на уврежданията, по-нисък социален статус и позиции, наличие на социални и символни бариери и др.

8. При лицата с увреждания е възможно да се говори за многоизмерна бедност, която разкрива наличието на депривация, изпитвана от индивидите, семействата и домакинствата в сферата на здравето и достъпа до здравеопазване, образование, начин и условия на живот. Многоизмерната бедност е пряко свързана с многоизмерно социално неравенство, в т.ч. и неравенство в здравето.

Библиография

1. Ивков Б. и кол. (2016). Научен отчет за резултатите от първия етап на изпълнение на проект по договор с ДФНИ № К 02/4 от 12.12. 2014 г.
2. Съйкова С., Методологически решения. В: Б. Ивков и кол. Разходи за здраве от джоба и неравенства в здравето, С., ИК УНСС, 2017, с. 187.
3. Тилкиджиев, Н. (1997) Средна класа и социална стратификация. Издателство „Лик“, София.
4. WHO (2011) Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. Copenhagen.

Автор

Доц. д-р Божидар Ивков, ИИОЗ при БАН



На 15.01.2017 г. след кратко и тежко боледуване ни напусна завинаги нашият колега и приятел **д-р Борислав Димитров Димитров** – асоцииран професор по биостатистика в Медицинския факултет на Университета в Southampton, England, UK.

Борислав Димитров е роден в Стара Загора на 25.09. 1966 г. Завършва гимназия с преподаване на чужди езици в родния си град. Дипломира се като магистър – лекар в МФ на Тракийския университет. Кариерата му, посветена на медицинската наука и практика, започва от работата му като асистент в Катедрата по социална медицина и здравен мениджмънт на МФ, ТрУ – Ст. Загора. Работи последователно в Медицинския уни-

верситет в гр. Пловдив, главен научен изследовател по биостатистика в Института “Mario Negri” Италия, магистър по околна среда във Victoria University of Manchester, UK, асоцииран професор по биостатистика в Медицинския факултет на Университета в Southampton, UK. През 2005 г. защитава блестящо дисертационен труд в областта на епидемиологията на онкологичните заболявания. Владее няколко езика, има повече от 80 публикации в български и чуждестранни научни списания в областта на медицината и общественото здраве. Сърдечен и всеотдаен като човек, високо ерудиран, изключително колегиален в професионалните си взаимоотношения, д-р Борислав Димитров оставя светла диря сред своето семейство, колеги и приятели.

от Редколегията на сп. “Социална медицина”

IN MEMORIAM